FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Victor LOUIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 18 Février 1936, à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le 196

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des abcès amibiens du foie

(A propos de 11 cas opérés à l'hôpital Saint-Antoine)

Président : M. L. LEGER, Professeur

PARIS — 1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549002_0021

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Victor LOUIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 18 Février 1936, à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le 196

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des abcès amibiens du foie

(A propos de 11 cas opérés à l'hôpital Saint-Antoine)

UNIV. LEIDEN BIBL.

Président : M. L. LEGER, Professeur

PARIS — 1967

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Vourc'h (G.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
—	Polonovski (J.)
—	Desgrez (P.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
—	Dognon (A.)
—	Djourno (A.)
Cancérologie expérimentale	Mathé (G.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie et Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
— —	Coujard (R.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
—	Kuss (R.)
—	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
—	Bricaire (H.)
—	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et thér. génér.	Maurice (P.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Parrot (J.)
Physiologie et path. obst.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie	Cabrol (Ch.)
Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezelof (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Cliniques :

— carcinologique ..... Denoix (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker) ..... Redon (H.)
— cardiol. (Broussais) .. Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut) .. Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; Baumann (J.) - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.).
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) .. Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch) .... Padovani (P.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) .. Cauchoix (J.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) .... Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais) ..... Dubost (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec). Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis). Duperrat (F.)
— endocrinolog. (Pitié) .. Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades) ..... Lamy (M.)
— chir. et gynéc. (Broca) Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades) .... Turpin (R.)
— malad. infect. (Claude-Bernard) ..... Mollaret (P.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne) Delay (J.)
— maladies du sang (Broussais) ..... Bernard (J.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière) .... Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* N... - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Conte (M.) ; Kourilsky (R.) ; Boud'n (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ... Debray (Ch.)
— médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... Marie (J.)

MM.

— médicale propédeutique (Broussais) ..... Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu) ..... Derot (M.)
— néphrologique (Necker) Hamburger (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié) . David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière) . Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal) ..... Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu) Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin). Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... Aubry (M.)
— pédiatrie (Trousseau) . Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... Brouet (G.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. Coste (F.)
— rhumatol. (Lariboisière) Sèze (S. de)
— stomatol. (Salpêtrière) . Dechaume (M.)
— thérap. chirur. (Vaugirard) ..... Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... Lemaire (A.)
— toxicologique (Widal) . Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré) ..... Judet (R.)
— urologique (Cochin) .. Aboulker (P.)
— urologique (Necker) .. Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau) Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... Domart (A.)
— (Lariboisière) ..... Bouvrain (Y.)
— (Pitié) ..... Rambert (P.)
— (Rothschild) ..... Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) . Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie ..... André (R.)
Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie Giberton (A.)
Maladies infectieuses ... Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Caroli (J.) ; Dreyfus (B.) ; Grossiord (A.) ; Lambling (A.) ; Launay (Cl.) ; Payet (M.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).
Néphrologie ..... Richet (G.)

Neuro-chirurgie ..... Le Beau (J.)
Neurologie ..... Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie ..... Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie . Maduro (R.)
Pédiatrie ..... Polonovski (Cl.)
Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie ..... Kreis (B.)
Meyer (A.)
Rhumatologie ..... Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique ..	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).

Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROSOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. LEGER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Hôpital Cochin

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse. Qu'il trouve ici le témoignage de mon profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE DEMIRLEAU

Qui m'inspira le sujet de cette thèse. En remerciement de la bienveillance qu'il a bien voulu me témoigner.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur GUILLAUME, In memoriam

Monsieur le Professeur MENEGAUX, In memoriam

Monsieur le Professeur Agrégé MAHOUDEAU

Monsieur le Professeur DE GENNES

Monsieur le Professeur J. TURIAF

Monsieur le Professeur J. LENEGRE

A MES MAITRES D'INTERNAT

Monsieur le Docteur LEIBOVICI

dont l'enseignement m'a toujours été très précieux.

Monsieur le Professeur Agrégé THOYER-ROZAT

Monsieur le Professeur Agrégé MUSSET

Monsieur le Docteur LACOUR

Monsieur le Docteur BLONDIN

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les abcès amibiens du foie ne sont pas fréquents en France, malgré les échanges de population.

En cinq ans, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr. LEIBOVICI, 11 cas ont été traités par le Professeur Agrégé DEMIRLEAU :

2 venaient de la Côte d'Ivoire, et ont été évacués en extrême urgence, en pleine période aigue,

Parmi les 9 autres, 8 avaient été adressés par le Dr. CAROLI.

De ce nombre restreint de cas, nous avons pu retenir un certain nombre de constatations, que nous pensons importantes, sur la façon de mener à bien le traitement chirurgical de cette affection, considération essentielle de notre travail.

Mettant de côté certains cas qui ont pu guérir par ponction ou spontanément parce qu'ils sont drainés par les voies biliaires, nous montrerons à la faveur de nos 11 cas :

1° la nécessité d'une incision thoraco-abdominale dans tous les cas;

2° la différence entre les abcès enkystés, qui sont en général anciens et réveillés; et les abcès aigus où le processus de nécrose est en pleine évolution.

De ces 2 formes découlent d'importantes déductions thérapeutiques :

- les premières, faciles à évacuer, guérissent vite;
- les autres au contraire, posent un problème de drainage, qui est un des points capitaux de notre travail.

-:-:-:-

ETUDE DE L'AMIBIASE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A) Origine

L'amibiase hépatique a la répartition géographique de l'amibiase intestinale. Elle existe à l'état endémique dans les pays chauds et humides - (Afrique du Nord, Afrique Noire, Moyen-Orient, Extrême-Orient, Antilles). Il est classique de dire qu'elle se rencontre aussi à l'état sporadique, et de plus en plus souvent, dans toutes les régions tempérées, en Europe notamment, à la fois par apports exotiques et par créations de nouveaux foyers autochtones.

1) Age

- L'amibiase hépatique frappe plus volontiers l'homme adulte. Toutes les statistiques reconnaissent que l'abcès amibien se rencontre avec prédilection entre 25 et 40 ans.
Le sexe également doit jouer un certain rôle puisque l'on note une nette prédominance masculine. SERAFINO, dans un rapport de 108 cas opérés récemment à Dakar note 88 hommes pour 20 femmes.

2) Antécédents

- Colitiques :

La fréquence de l'amibiase hépatique par rapport à l'amibiase intestinale est diversement appréciée : 1,9 % pour LACAZE et MELNOTTE (sur 5000 amibiases marocaines), 2 % environ pour DONOVAN, 2,5 % pour MANSON BAHR, 5,5 % pour BLANC et SIGUIER.

- Des statistiques plus récentes donnent toutefois des chiffres plus élevés. 25 % pour SERAFINO et PAYET. En Extrême-Orient le pourcentage avoisine 60 %.
- L'atteinte hépatique n'est pas l'apanage des formes sévères de l'amibiase qui ne sauraient passer inaperçues, et de ce fait échappent beaucoup moins facilement au traitement spécifique que les formes bénignes ou latentes. Or, la précocité du traitement de l'amibiase intestinale exerce sur la fréquence des complications hépatiques une influence que BLANC et SIGUIER ont bien montré.

B) Clinique

Le "gros foie douloureux et fébrile" caractérise la forme aiguë classique, c'est-à-dire la plus typique. C'est le trépied fondamental, auquel s'ajoutent quelques signes plus inconstants.

a) La douleur :

- C'est très souvent le premier symptôme à apparaître; quelquefois elle suit de peu l'installation de la fièvre. C'est véritablement le maitre-symptôme, lorsqu'elle siège dans l'hypochondre et le flanc droits. Elle donne généralement une sensation d'écrasement (BLANC). Quand elle irradie, c'est en arrière vers la base du thorax, en haut vers l'épaule droite, réalisant la douleur "en bretelle trop serrée" de BERTRAND et FONTAN.

b) La fièvre :

- La fièvre est le deuxième maitre-symptôme de l'abcès amibien du foie. Elle ne fait pratiquement jamais défaut.
- Elle n'a rien de caractéristique : variable, irrégulière. En général, quand l'évolution est favorable, l'apyrexie est obtenue sous l'influence du traitement entre le 5ème et le 10ème jour.
- Quand l'abcès est drainé, dès la 48ème heure, la température revient à la normale.
- Sa persistance ou sa réapparition traduisent un mauvais drainage ou la constitution d'un abcès sous-phrénique.

c) L'hépatomégalie :

- L'hépatomégalie est toujours constante, mais n'est pas toujours facile à mettre en évidence, notamment dans les formes hautes et dans les localisations au lobe gauche.
Elle est d'une importance variable, le plus souvent le foie déborde le plastron costal de 2 ou 3 travers de doigt. Sa face antérieure est lisse et ferme, et la palpation révèle un de ses caractères importants, qui existe presque toujours : l'hépatomégalie est douloureuse.

- Dans tous les cas, et surtout dans les cas où le foie ne déborde pas, une manoeuvre très fidèle doit être systématiquement pratiquée : celle de l'ébranlement provoqué que BLANC et SIGUIER décrivent ainsi :

"on le recherche d'abord sur le malade couché en décubitus dorsal, en appliquant les doigts de la main gauche, écartés en éventail, sur l'hypochondre droit et en les percutant fortement en coup de hache, avec le bord cubital de la main droite. Cette manoeuvre déclenche une sensation d'ébranlement profond et douloureux de la masse hépatique, si pénible parfois, que le malade esquisse le geste de s'asseoir, se bloque en inspiration, pâlit, et accuse une très vive douleur qui met quelques minutes à se dissiper. Par contre, cette manoeuvre ne détermine aucune douleur à gauche.
Si cette manoeuvre est négative, on devra la recommencer sur le malade couché en décubitus latéral gauche, le bras droit relevé, la main reposant sur la tête, afin d'explorer la zone du foie se projetant sur la ligne auxiliaire".
Et on répétera sur le malade assis, afin d'explorer la zone de projection postérieure du foie".

Pour les auteurs africains, la douleur de l'ébranlement disparaît s'il y a rupture de l'abcès dans le péritoine.

- LACAZE et MELNOTTE (en 1928) se sont appliqués à décrire un signe qui traduit l'abcédation : la douleur exquise, en un point précis, réveillée par la pression unidigitale des derniers espaces intercostaux, recherchée, la main posée à plat, les doigts s'insinuant entre les espaces intercostaux. La positivité de tels signes ferait porter la ponction à ce niveau. Ce signe perd un peu de son intérêt avec les nouveaux procédés de diagnostic.

d) Les autres signes :

- le faciès est altéré.
- l'état général est souvent mauvais.
- l'examen du cadre colique sera toujours pratiqué, permettant de retrouver parfois la localisation douloureuse bipolaire, droite et gauche, de l'amibiase colique, ou plus fréquemment un caecum douloureux.
- Classiquement, les signes d'insuffisance hépatique sont le plus souvent discrets, même dans les abcès volumineux, même dans les abcès multiples.
- L'ictère est rare; cette notion est classique : cependant SERAFINO l'a rencontré 21 fois sur 108 malades; 1 fois, il s'agissait d'un subictère.

A ces signes hépatiques, s'ajoutent également classiquement des signes respiratoires associés : point de côté, ou des signes abdominaux : défense, ascite.

L'énoncé des motifs d'hospitalisation est important.
Ils sont tantôt isolés et prédominants, ou, au contraire associés. C'est ainsi que la douleur, la fièvre, l'hépatomégalie ont été le plus souvent rencontrés.

C) Renseignements fournis par les examens spéciaux

a) pour le diagnostic :

- les examens de laboratoire : dans le sang, si le chiffre des globules rouges est normal, il existe presque toujours une hyperleucocytose, variable, une éosinophilie peu caractéristique, une polynucléose parfois élevée.

- BLANC a insisté sur la valeur de la vitesse de sédimentation, signe capital selon lui, correspondant à la nécrose, et qui témoigne, si elle persiste après un acte thérapeutique, de l'échec de ce dernier. Ainsi, serait soupçonnée l'existence d'un deuxième abcès, ou plus généralement de l'insuffisance du drainage.

- les signes radiologiques :
ont été bien étudiés par HUARD : ils sont pour lui aussi importants que les signes cliniques.
- les malades sont soumis à un examen radioscopique et radiographique, examinés dans toutes les positions, de face, de profil, debout, couchés. Au besoin, l'ingestion de baryte et l'insufflation du colon permettant de préciser le contour hépatique.

Trois signes sont capitaux :

1° l'hypertrophie du foie, lorsque la glande dépasse 15 cms sur la ligne mammelonnaire, on peut dire qu'il y a augmentation de volume.

2° l'hypocinésie diaphragmatique localisée.

3° la surélévation du diaphragme : normalement de 2 cms il peut atteindre 8, 10 ou 15 cms.

Certains signes accessoires doivent être signalés : la fermeture totale ou partielle du sinus costo-diaphragmatique, la possibilité d'ombres surajoutées, enfin des signes thoraciques de voisinage. Les images gazeuses peuvent correspondre à l'ouverture

- BLANC a insisté sur la valeur de la vitesse de sédimentation, signe capital selon lui, correspondant à la nécrose, et qui témoigne, si elle persiste après un acte thérapeutique, de l'échec de ce dernier. Ainsi, serait soupçonnée l'existence d'un deuxième abcès, ou plus généralement de l'insuffisance du drainage.

- les signes radiologiques :
ont été bien étudiés par HUARD : ils sont pour lui aussi importants que les signes cliniques.
- les malades sont soumis à un examen radioscopique et radiographique, examinés dans toutes les positions, de face, de profil, debout, couchés. Au besoin, l'ingestion de baryte et l'insufflation du colon permettant de préciser le contour hépatique.

Trois signes sont capitaux :

1° l'hypertrophie du foie, lorsque la glande dépasse 15 cms sur la ligne mammelonnaire, on peut dire qu'il y a augmentation de volume.

2° l'hypocinésie diaphragmatique localisée.

3° la surélévation du diaphragme : normalement de 2 cms il peut atteindre 8, 10 ou 15 cms.

Certains signes accessoires doivent être signalés : la fermeture totale ou partielle du sinus costo-diaphragmatique, la possibilité d'ombres surajoutées, enfin des signes thoraciques de voisinage. Les images gazeuses peuvent correspondre à l'ouverture

Où ponctionner ? - Le malade étant en position déclive on se guidera sur le point douloureux exquis. Souvent on piquera sur la ligne axillaire, c'est-à-dire en dehors dans le 9ème ou le 10ème espace, en utilisant une aiguille de 15 cms de longueur et de 1 mm de diamètre montée sur une seringue parfaitement étanche qui permette de progresser "le vide à la main" (TALBOT et SARLIN).

- En cas de ponction négative, on attendra souvent 48 heures avant de la répéter car la région piquée reste douloureuse.
- Si une ponction haute parait nécessaire, les plus grandes précautions seront prises.
- Certaines localisations contre-indiquent la ponction qui risque d'être dangereuse : la localisation sous hépatique, les abcès du lobe gauche, les abcès profonds par risque de blessure de gros vaisseaux ou de la voie biliaire.

Enfin, nous le verrons tout à l'heure, la ponction est plus "sûre" et plus efficace lorsqu'elle est guidée par la splénoportographie.

La ponction n'est cependant pas un geste anodin; l'antibiothérapie et la vitamine K peuvent en diminuer les risques; elle doit cependant, chaque fois que cela est possible, être faite en milieu chirurgical. La ponction permet en outre de préciser le siège, les dimensions, la multiplicité de l'abcès grâce à l'injection de LIPIODOL qui va respectivement dessiner le bas-fond et le toit de la cavité sur des clichés pris aussitôt, en orthostatisme, de face et de profil.

Elle permet également par ce procédé de visualiser une communication avec les voies biliaires (CAROLI, BOURGEON.et PIETRI, BOQUIEM).

Nous avons dit que la ponction était discutée par certains, - Si LACAZE et MELNOTTE lui accordent une valeur diagnostique, ils lui rejettent toute possibilité thérapeutique, car ils font deux réserves :

1) elle n'a de valeur que positive, car elle peut être négative sans pouvoir pour autant nier la présence d'un abcès.
2) l'abcès peut être multiple, cette éventualité bien que moins fréquente, aurait, on le conçoit aisément des conséquences fâcheuses.

BOURGEON et PIETRI pensent que sa valeur diagnostique augmente considérablement quand elle est guidée par la spléno-portographie.

BLANC considère que c'est une "méthode irrationnelle et qu'il est difficile de souscrire à l'opinion de ceux qui la considèrent comme le complément obligé de l'examen clinique".

L'Ecole de Dakar pense qu'elle permet en tout cas d'orienter et de diriger le drainage chirurgical, et qu'elle est ainsi, exploratrice, topographique, biopsique et thérapeutique.

- <u>La Spléno-portographie</u>

Depuis plusieurs années LEGER a montré les possibilités de la spléno-portographie en matière de suppurations collectées intra-hépatiques.

- BOURGEON et PIETRI pensent que c'est là le moyen le plus sûr pour préciser le siège et l'existence de l'abcès, en donnant un double faisceau de signes :

  a) ceux qui correspondent aux temps vasculaires et qui consistent en altération des conduits portes péri et juxta-cavitaires, en refoulement et en compression des collatérales dans la zone abcédée, en irrégularité de teinte et de calibre.

  b) ceux qui appartiennent aux temps d'hépatographie (10 à 20 secondes après la fin de l'injection), qui s'objectivent par la lacune : image claire sur un foie bien opacifié.

- Ainsi la spléno-portographie permet une ponction, non plus "intuitive" mais "faite sous visée".

- Ce moyen, peut être défaillant dans le cas d'abcès périphérique. A ce niveau en effet, les vaisseaux sont insuffisamment injectés et la cavité peut rester muette. On court le risque avec cette méthode d'apercevoir une cavité centrale et de laisser passer beaucoup de foyers périphériques. En outre, les abcès de petit volume échappent encore à cette investigation. "Tout foyer purulent de diamètre inférieur à celui d'une mandarine, ne donne par la spléno-portographie que des images d'interprétation douteuse".

- La gammagraphie hépatique

"Il n'y a pas d'affection, écrit CAROLI, où le scintigramme au rose bengale marqué ou à l'or colloïdal ait une importance aussi décisive".

Cette méthode a l'avantage de pouvoir seule explorer la totalité du parenchyme hépatique sans présenter de danger ou de désagrément pour le malade.

- L'opacification des voies biliaires a surtout été pratiquée en per-opératoire, afin d'avoir une bonne cholangiographie intra-hépatique et de mettre parfois en évidence une communication avec les voies biliaires.

- Le Pneumopéritoine, couramment utilisé par les chirurgiens dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie, pourrait dans certaines circonstances rendre service dans les abcès du foie. Mais il est contre-indiqué dans la période fébrile et fait perdre un temps précieux.

- La laparoscopie peut apporter une aide efficace dans le diagnostic de localisation. Elle permet l'examen par la vue de la surface hépatique, peut également servir de visée pour la ponction exploratrice, l'exploration radiologique du foie sous contrôle endoscopique (CAROLI), la laparophotographie en couleurs. Cependant, beaucoup d'abcès sont sur la face supérieure de la glande et cachés par les adhérences inter-hépato-diaphragmatiques, ce qui nuit au diagnostic de la localisation.

Ce sont toutes ces carences qui donnent leur valeur à la laparotomie exploratrice, déjà préconisée depuis longtemps par LACAZE et MELNOTTE, qui conseillaient cette exploration à ciel ouvert lorsque le diagnostic est hésitant, c'est-à-dire lorsque les ponctions sont négatives, mais que les signes orientent malgré tout vers le diagnostic d'abcès.

-:-:-:-

A N A T O M I E   P A T H O L O G I Q U E

-:-

L'anatomie pathologique se caractérise par un extrême polymorphisme. Ce qui domine c'est la variété : unicité et multiplicité des lésions; variabilité réactionnelle du parenchyme hépatique.

A - Nombre d'abcès

La prédominance de l'abcès unique est bien connue. Il en est ainsi dans les 2/3 des cas pour OCHSNER et DE BAKEY, LALUQUE et FILAUDEAU sur 216 cas opérés le retrouvent dans 96 % des cas. SERAFINO l'a constaté 100 fois sur 108.

- Toutefois la multiplicité des abcès peut échapper au clinicien. Une statistique de HUARD et de MEYER-MAY fait ressortir l'opposition entre la prédominance des lésions multiples lors des autopsies (31 fois sur 43 cas autopsiés soit 72 %) et les constatations opératoires qui font penser que la proportion des abcès uniques est plus grande (13 fois sur 150, soit 8,6 % des cas).

- De plus, il semble, que dans certaines régions (Indochine) la proportion d'abcès multiples soit plus grande (YOU KIM YEAN a constaté 46 fois sur 100 malades).

- En cas d'abcès multiples, ceux-ci peuvent communiquer entre eux ou non. Dans le premier cas, le drainage de l'abcès

principal assurera, si la communication est assez large, le drainage du deuxième abcès.

B - Siège

Tous les auteurs sont également d'accord sur la très nette prédominance de la localisation des abcès amibiens dans le lobe droit.

Les Indochinois (YOU KIM YEAN) sur 100 cas opérés :

- 78 fois dans le lobe droit
- 16 fois dans les deux lobes.

Cette statistique est également confirmée par les auteurs de Dakar (SERAFINO, PAYET) qui ont avancé le chiffre de 82 % sur 108 cas opérés. LALUQUE et FILLAUDEAU sur 216 cas opérés 81 %.

L'étio-pathogénie permet de comprendre ces faits :
Toute amibiase intestinale, parfois demeurée latente. Cette règle émise par ROGERS, ne souffre aucune exception.
Partie des veinules partiellement thrombosées de la couche sous-muqueuse du colon, l'amibe gagne le foie par la voie veineuse. Certains auteurs ont incriminé une contamination par voie directe, par contiguité, à travers le péritoine. D'autres ont incriminé une voie lymphatique. Mais depuis les travaux de BROWN, il n'est plus discutable que l'amibe chemine dans la lumière des veines mésentériques, pus de la veine porte et de ses branches de division.

Les ulcérations amibiennes sont plus nombreuses dans le caecum et le colon droit que dans le colon gauche. Or, le sang drainé par la veine mésentérique supérieure en provenance du colon droit occupe le côté droit du courant portal, s'engouffre dans la branche droite de la veine porte et gagne le lobe droit. Ceci explique la prédilection de l'amibe pour le lobe droit du foie. Cette théorie est rejetée par la spléno-portographie.

Dans certains cas, l'amibe accompagnée éventuellement des germes du contenu intestinal exerce son pouvoir pathogène histolytique : au niveau des micro-thrombus inter-lobulaires, elle franchit la paroi veineuse et sécrète les diastases qui vont détruire les cellules hépatiques avoisinantes. Il se constitue un élément d'hépatonécrose cytolytique de quelques millimètres de diamètre, contenant des cellules hépatiques altérées, des leucocytes et des amibes hématophages. C'est le "point nécrotique primaire" de PALMER, "l'élément nécrotique élémentaire primaire" de BLANC.

C - <u>Volume</u>

Tous les intermédiaires sont possibles entre l'hépatite en ilôts disséminés sans suppuration vraie et le gros abcès unique en passant par les formes à foyers multiples. Très souvent cependant il atteint des proportions énormes (6 litres dans notre observation N° 7).

ANDRE les a étudié à partir d'une série de 53 abcès du foie opérés au Tchad, qui étaient des abcès négligés, évoluant depuis plusieurs années, s'accompagnant d'une altération de l'état général.

D - Contenu

a) Aspect macroscopique

Le contenu de l'abcès varie avec le temps. L'abcès récent contient un liquide rouge, grumuleux, "fraise écrasée". Plus tard la ponction ramène un liquide un peu mieux lié, de couleur lie-de-vin ou chocolat caractéristique, parfois mêlé de bile aux réflets de "mare d'huile". Dans les abcès anciens, le "pus mort" de CHAUFFART et RAVAUT, devenu homogène, prend une teinte café au lait ou jaune pâle. A un stade plus avancé, on a affaire à des abcès fongueux dans lesquels la décantation du pus a produit un éclaircissement et le liquide devient plus séreux.

L'aspect chocolat est rencontré dans 64 % des cas pour SERAFINO et PENE sur 108 cas opérés; dans 31 cas sur 216 opérés pour LALUQUE.

b) Aspect microscopique

L'amibe n'est que rarement découverte au sein de l'abcès. Les chiffres divergent assez considérablement suivant les auteurs : 1/3 des cas pour OCHSNER et DE BAKEY : exceptionnel pour LACAZE et MELNOTTE : 1 cas sur 108 pour SERAFINO ; 12 % des cas selon une statistique indochinoise récente.

La rareté de l'amibe dans le "pus" peut étonner. Le parasite ne pourra être retrouvé, s'il existe, que dans les foyers initiaux d'hépato-nécrose et dans la paroi même des abcès très jeunes. Ultérieurement dans les abcès anciens, il n'est même plus identifiable dans la paroi. D'après SERAFINO, les chirurgiens d'autrefois qui évacuaient des abcès encore évolutifs et "écouvillonnaient", trouvaient beaucoup plus d'amibe que ceux d'aujourd'hui qui évacuent à froid un "pus" mort et ne curettent qu'exceptionnellement la paroi de l'abcès.

En l'absence de surinfection, - habituellement à staphylocoque surtout, à streptocoque, ou à colibacille, parfois associés, - ni l'examen direct, ni la culture, ne révèlent de germes pathogènes.

La surinfection n'intervient pas en tant que facteur pathogénique, mais en tant que complication; on parle alors d'abcès amibiens surinfectés, depuis longtemps décrits par GRALL notamment; et avec BLANC et SIGUIER il faut reconnaître que l'abcès amibien du foie est "une manifestation d'amibiase pure".

- DEJOU distingue 4 variétés microbiologiques de pus :
    . le pus contient des amibes et rien que des amibes.
    . le pus ne contient ni amibes, ni germes.
    . le pus contient des amibes et des germes.
    . le pus ne contient que des germes.

La deuxième et la quatrième éventualité sont les plus fréquentes ; à l'une correspondrait la plupart des abcès amibiens; l'autre groupe les abcès amibiens surinfectés et ceux qui n'ont jamais été amibiens.

Les abcès surinfectés sont de 2 types :

- Parfois il s'agit d'une surinfection relativement bénigne plus saprophytique que pathogène (DEJOU) où le pus stérile à l'examen direct, se montre septique à la culture.

Le 2ème groupe correspond aux surinfections massives, caractérisées biologiquement par une grande richesse du pus en germes. La surinfection peut d'ailleurs être postérieure à un drainage mal instauré, mal conduit, ou mal surveillé, elle implique un pronostic sombre, et au point de vue thérapeutique un drainage large et prolongé (SERAFINO).

Comme l'a montré DEJOU, les germes peuvent être apportés au foie soit par l'amibe elle-même (FONTAN), soit par voie porte, à partir des ulcérations dysentériques surinfectées, soit enfin par la bile, notion sur laquelle l'école Algéroise (BOURGEON et PIETRI) a récemment insisté en mettant l'accent sur les communications avec les voies biliaires.

Mode de surinfection évident en cas de kyste hydatique, comme le fit remarquer DEJOU, la bile peut contenir des microbes en dehors de toute infection des voies biliaires. La plus ou moins grande fréquence de cette surinfection, elle-même parallèle à la fréquence des infections des voies biliaires, explique les

différences observées suivant les régions.
Le problème se complique et la discussion reste vive sur le rôle pathogène de l'amibe dans les abcès du foie observés en pays d'endémie amibienne, mais où l'amibiase n'a pas formellement fait sa preuve.
Il est évidemment bien difficile de distinguer parmi les abcès à pyogènes, essentiellement staphylococciques, ceux qui le sont authentiquement et ceux qui proviennent de la surinfection d'un abcès dysentérique ancien.
La notion d'abcès du foie d'origine amibienne repose en effet essentiellement sur des éléments négatifs : stérilité du pus; ou des éléments indirects : notion de survenue en pays d'endémie amibienne ou chez des rapatriés, parfois antécédents colitiques plus ou moins nets.

Nous avons vu comment l'amibe, à partir de l'ulcération colique initiale, "indispensable" depuis ROGERS, constituait le "point nécrotique primaire de PALMER", l'élément nécrotique élémentaire primaire" (BLANC). A partir de ces micro-abcès, l'évolution dépendra du terrain général et local et de la vitalité de l'amibe.

Dans certains cas, elle aboutira à une collection à qui on donnera le nom d'abcès, encore qu'elle résulte d'un processus nécrotique extensif. Le "pus" dans les abcès amibiens, n'est pas un vrai pus, mais résulte de l'hépato-nécrose.

L'amibe étant responsable de ce processus, on conçoit que sa mort interrompe celui-ci; l'abcès demeure toutefois éventuellement affirmé et aggravé par la surinfection; en l'absence de celle-ci, l'évolution après la disparition des amibes, peut se faire selon sa taille, son siège, ses rapports avec les voies biliaires, (BOURGEON et PIETRI) vers la cicatrisation : le "pus" amibien passe du rouge lie de vin au gris, devient de plus en plus épais, se transforme en mastic; puis se constitue une cicatrice fibro-crétacée, nous le reverrons.

E - La paroi de l'abcès

La paroi des abcès ulcératifs c'est-à-dire des abcès jeunes comporte une couche interne, irrégulière et anfractueuse, sorte de fausse-membrane amorphe, une couche moyenne constituée de réseaux à mailles irrégulières où l'on retrouve le processus nécrotique évolutif; enfin une couche périphérique plus ou moins épaisse séparant le parenchyme sain des lésions mortifiées, ou plutôt faisant le passage entre eux.

Dans l'abcès fibreux, c'est-à-dire l'abcès ancien, la paroi est constituée par du tissu conjonctif scléreux de plus en plus dense; son individualité est plus nette, au delà, le parenchyme hépatique est habituellement indemne.

F - Evolution : Extension

C'est sur ce chapitre de l'anatomo-pathologie et de la physio-pathologie que la littérature de ces dix dernières années est la plus riche.

Suivant les stades évolutifs, on peut distinguer :

- les abcès dits "ulcératifs" correspondant aux abcès jeunes, nous l'avons vu, et mal limités, que nous appelons les "formes aiguës", éminemment justiciables du traitement médical, qui doit avoir une action rapide.
- les abcès "enkystés" correspondant à des lésions anciennes, limitées et refroidies; le pus est souvent aseptique, il ne contient jamais d'amibes.

L'Ecole algéroise (BOURGEON, PIETRI) individualise dans le chapitre évolutif, deux variétés topographiques dont l'évolution suivie par ponctions est fondamentalement différente.

<u>L'abcès superficiel</u>

- proche de la corticalité, sous la capsule de Glisson.
- n'engendrant pas de destruction profonde du parenchyme.
- les éléments canalaires et vasculaires sont de petites tailles.
- la migration se fait vers des zones de moindre résistance.
- les ponctions, même après une première évacuation complète, montrent que parfois l'abcès se reforme et persiste pendant des semaines, voire des mois.

C'est ce que CAROLI appelle également les "abcès exclus".

<u>L'abcès profond</u>

- Il peut se présenter comme un abcès superficiel, mais il s'agit alors de la migration d'un foyer profond (abcès en bouton de chemise).

- développé en plein parenchyme, il échappe facilement à l'exploration.
- ce qui le caractérise, c'est l'importance des atteintes vasculaires et biliaires; on conçoit la gravité de l'atteinte des gros vaisseaux; par contre l'atteinte des gros troncs biliaires entrainera une fistule biliaire interne souvent providentielle.

Le devenir de ces abcès communiquant avec les voies biliaires est très intéressant à étudier. Il est à noter que ce fait a été rarement signalé dans la littérature. Et c'est le mérite de COSTANTINI, CAMERIA D'ALMEIDA, de BOURGEON et PIETRI après un travail admirable, enfin de CAROLI, qui rapporte 5 observations de ces abcès qu'il appelle "communiquant" par opposition aux "abcès exclus".

En effet après une première ponction positive, l'abcès peut se vidanger complètement - abcès evanescent - vers l'intestin au travers d'une fistule biliaire interne.

Ce drainage interne n'est possible que si certaines conditions sont réalisés : ouverture biliaire large, fistule biliaire au point déclive.

Autrement, le drainage est incomplet : la poche ayant alors diminué de volume, devient difficile à retrouver à de nouvelles ponctions.

Les abcès profonds contre-indiquent d'ailleurs généralement la ponction, car elle peut être dangereuse et difficile en

raison de leur place profonde. De plus, les sécrétions sont souvent mêlées de membranes, sortes d'amas fibrino-nécrotiques, que la ponction ne parviendra jamais à évacuer.

Si l'abcès, laissé à lui-même, peut évoluer, nous l'avons vu vers la guérison, vers la cicatrisation, encore que l'évolution fibreuse de certains foyers purulents circonscrits, déjà mentionnés par KELSCH et KEINER, puis par FONTAN "peut passer pour un mode de guérison, mais non pour une règle de traitement" (BOURGEON et PIETRI), le plus souvent le "pus" migre à partir de son siège hépatique initial :

a) <u>migrations sus diaphragmatiques</u>

L'évolution des abcès du dôme hépatique à travers le diaphragme et la plèvre est classique.

Parfois l'abcès fuse de proche en proche vers le diaphragme avec ou non constitution d'une collection inter-hépato-phrénique; puis le diaphragme franchi, les complications pleuro-pulmonaires apparaissent.

Nos observations 9 et 10 montrent un abcès en imminence de rupture intra-thoracique.

Les migrations vers le péricarde sont exceptionnelles (MARTIN, VAILLANT).

b) <u>migrations sous diaphragmatiques</u>

Ce sont essentiellement les migrations péritonéales. Les mexicains apportent une statistique de 46,4 % de perforations péritonéales parmi 69 cas.

Le plus souvent il s'agit de migration en péritoine cloisonné, aboutissant à la constitution d'abcès sous hépatiques.

Il peut s'agir de rupture en péritoine libre plus ou moins grave suivant que le pus est stérile ou surinfecté, néanmoins complication grave pour SERAFINO qui a 22 décès pour 26 cas de perforation en péritoine libre.

Les migrations rétro-péritonéales aboutissent à la constitution d'abcès sous-phréniques.
Parfois la migration se fait derrière le colon, entre ses deux feuillets d'accolement, cheminant ainsi de proche en proche jusque dans le pelvis (FUSTEC).

Ainsi, les migrations du pus, évolution habituelle des abcès du foie négligés, aboutissent-elles à des complications diverses, qui menacent toujours le malade porteur d'abcès du foie et contribuent à la variété des tableaux cliniques.

Les complications sont nombreuses : 40 % et graves : plus de 50 % de décès (SERAFINO).

-:-:-:-

T R A I T E M E N T

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les abcès amibiens du foie constituent une affection typiquement médico-chirurgicale.

1/ La stérilisation du pus et de la maladie causale est confiée au traitement médical émétinien.

2/ son évacuation peut être ensuite nécessaire.

I - LA DATE DE L'INTERVENTION

- On peut hésiter entre deux attitudes : opérer immédiatement dès qu'on a posé le diagnostic d'abcès du foie, ou opérer avec quelque retard pour préparer le malade.

- Généralement tout foyer de suppuration hépatique diagnostiqué par une ponction positive doit être évacué le plus tôt possible (LACAZE et MELNOTTE).

Certains préconisent la chirurgie retardée qui serait plus commode et plus bénigne sur une collection refroidie et stérilisée, en sachant qu'une expectative plus prolongée risque d'entraîner de graves déboires. Souvent en effet, la poursuite d'un traitement médical; associé ou non aux ponctions, expose à des dangers : l'abcès peut prendre une extension considérable avec formation d'un véritable escarre, migrer en abcès sous-phrénique, se perforer dans un viscère creux ou dans le péritoine, ou, enfin, évoluer vers l'atteinte des organes intra-thoraciques (Observation N° 10).

Mais la décision opératoire elle-même est contestée.

II - LA DECISION OPERATOIRE

- Nous n'ignorons pas certains bons résultats obtenus par des procédés autres que l'intervention chirurgicale (rapport de SICARD à l'Académie de Chirurgie en 1964).

Il est cependant difficile d'admettre que les médicaments au stade de nécrose collectée, puissent toujours faire résorber l'abcès. Et GRIZAUD disait justement : "Ceux qui ont touché du doigt une cavité d'abcès, qui ont eu cette sensation de coque cartonnée, fibreuse, épaisse, peuvent-ils admettre qu'elle laisse filtrer un médicament quelconque".

LACAZE et MELNOTTE avançaient déjà dès 1928 l'indication chirurgicale dans les formes d'hépatite suppurée sans abcès collecté qui ne guérissent pas rapidement sous l'influence du traitement médical.

La chimiothérapie, dont les indications et les modalités précisées, visent moins à supprimer les indications opératoires qu'à les transformer; elle permet des interventions limitées à l'évacuation d'un pus aseptique; elle permet de choisir l'heure opératoire; elle rend l'amibiase "chirurgicale" (SERAFINO).

- La ponction évacuatrice simple, ou les ponctions répétées, complétées par l'injection d'émétine et d'antibiotiques, et de lavage de la cavité, ont longtemps eu la faveur presque exclusive des médecins coloniaux (ROGERS). Et des résultats prometteurs ont été obtenus. Ainsi ROGERS, OSCHNER et DE BAKEY notaient respectivement les taux de mortalité de 56,8 % et 22 % des suites de drainage à ciel ouvert, alors qu'à l'évacuation en cavité close,

les taux de mortalité n'étaient respectivement que de 14 % et 3,6 %.

SOHIER a bien précisé la place qui revient à la ponction faite en milieu chirurgical, son intérêt est à la fois diagnostique et thérapeutique. Elle permet la localisation de l'abcès, l'évacuation du pus, l'injection d'émétine et d'antibiotiques, la "liquéfaction" du pus par des enzymes fibrinolytiques tels que la dornokinase.

- Adversaires et partisans de la ponction gardent encore leurs farouches supporteurs. BOURGEON et PIETRI, et CAROLI, pensent que les indications de telle ou telle méthode sont plus nuancées et reposent sur plusieurs notions :

- topographie : les abcès profonds, les abcès du lobe gauche, les abcès qui siègent près du pédicule hépatique, ne sont pas justiciables des ponctions.
- les abcès superficiels, de meilleur pronostic pour BOURGEON et PIETRI, peuvent être traités par ponction, cadrés par la splénoportographie et sous contrôle radiologique. Néanmoins ce traitement doit avoir des résultats spectaculaires avec les critères que nous avons déjà énoncés. De même, si la radiographie lipiodolée montre une communication large avec les voies biliaires, ce drainage interne a toutes les chances d'entrainer la régression complète de la poche, et évite ainsi un drainage chirurgical inutile.

Evolutifs : il est bien évident que les abcès anciens, enkystés, à coque épaisse, ne peuvent être évacués que par un traitement chirurgical.

Opératoires : les plus récentes statistiques d'abcès amibien opérés donnent des résultats largement satisfaisants, d'autant que très souvent, il s'agissait de formes graves, en imminence de rupture, ou en cours de rupture péritonéale. Les taux de guérison de l'ordre de 80 % à 90 % même en tenant compte de ces complications parlent à eux seuls.

III - VOIE D'ABORD

HUARD et MEYER MAY ont en 1936 étudié avec beaucoup de détails, les problèmes posés par l'abord des abcès hépatiques. Les voies d'accès peuvent être antérieures, parfois complétées par un débridement thoracique. Les travaux de ces dernières années plaidaient plutôt en faveur de la voie d'abord la plus courte possible et la plus économique. Nous verrons plus tard, ce qu'il faut en penser.

IV - LES METHODES CHIRURGICALES

consistaient en une hépatotomie à minima suivie ou non de drainage, sans toutefois en fixer les modalités et la durée. Dans quelques cas rares, était pratiquée la fermeture "per primam" proposée par CONSTANTINI; exceptionnellement se posait l'indication de la résection de l'abcès et de l'hépatectomie segmentaire, notamment dans certains abcès du lobe gauche.

La surveillance du drainage était confiée aux examens biologiques (Vitesse de sédimentation) et à la régression de la poche abcédée sous surveillance radiologique.

-:-:-:-

O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 1

Mr. I..., 34 ans, venant d'Abidjan, arrive dans le service pour : douleur de l'hypochondre droit, fièvre, atteinte de l'état général.

Dans ses antécédents, on ne retrouve pas de notion de dysenterie.

A l'examen, il n'y a pas d'hépatomégalie; la température est à 37°5 - 38°.

G.R. : 4.200.000 G.B . : 10.400 polys : 81 %

Bilan hépatique normal ; bilirubine : 16 mg.

La radiographie de l'hypochondre droit révèle une image de surélévation de la coupole diaphragmatique droite, associée à un épanchement pleural.

La ponction, faite le 27.1.65 ramène du pus bien lié, stérile à l'examen direct et à la culture. L'injection de lipiodol dessine une cavité.

- Diagnostic : abcès amibien du foie.
- Intervention le 28.1.65
- Incision thoraco-abdominale vers le 9ème espace. A l'ouverture de l'abdomen , le foie est d'apparence normale. La lésion siège manifestement dans la partie intra-thoracique du foie. On incise le diaphragme qui est adhérent à la coque hépatique.

Après protection de la plèvre et de la plaie opératoire, on continue à libérer le foie du diaphragme; au sommet on ouvre l'abcès qui donne issue à une quantité considérable de pus bien lié, il n'est pas chocolat. Il y a environ deux litres.

On est en présence d'une énorme cavité occupant les 3/4 du lobe droit. Toute la partie supérieure est amincie et ne constitue qu'une coque. On résèque largement tout le couvercle de l'abcès, mettant à jour une cupule soigneuse qui contient d'énormes fragments libres de parenchyme sphacélé. A aucun moment, on ne voit sourdre de bile; les canaux biliaires étant obturés par le processus d'abcédation. Il n'y a non plus aucune hémorragie.

Ayant complètement débarrassé le parenchyme sain de la couche sainguese, on se trouve en présence d'une surface hépatique de couleur normale, en fond d'assiette. On peut ramener les bords de la partie amincie, l'un à l'autre, par quelques points de catgut, ce qui permet de glisser en dessous une sonde de Pezzer qu'on fait ressortir par une contre-indication du flanc droit.

Le lobe gauche est considérablement hypertrophié par une simple compensation car il n'y a aucun autre signe d'abcès. Le diaphragme est reconstitué par des points séparés de catgut chromé. Une grosse sonde de Pezzer est placée dans le thorax.

Ablation du drain le 6ème jour.

Guérison : 10 jours après.

OBSERVATION N° 2

Mr. D..., 27 ans, entre dans le Service adressé par le Dr. CAROLI, pour fièvre et douleur de l'hypochondre droit.

Antécédents : a eu une dysenterie lors d'un séjour en Algérie, et une récidive 6 mois auparavant.

Radio : aspect en brioche de la coupole diaphragmatique.

Gammagraphie : image de lacune postéro-inférieure.

Pus stérile à la culture et à l'examen direct.

A suivi un traitement anti-amibien dont on ne peut savoir la durée.

Intervention le 21.1.66

- On commence par une incision abdominale oblique dans le prolongement du 9ème espace.
- Ayant vérifié l'existence d'un abcès postéro-inférieur droit, on agrandit l'incision en thoraco-abdominale. L'abcès adhère fortement à la paroi abdominale à l'union de sa face postérieure et externe.
- L'abcès est ouvert, et on l'évacue complètement. Il contient du pus crémeux, bien lié, avec des débris nécrosés. Mais le contenu n'est pas de couleur "chocolat".

  L'abcès a les dimensions d'un gros abricot : on enlève au bistouri électrique son couvercle de façon à faire une véritable mise à plat. Sa paroi est bien propre et bien enkystée. L'exploration la plus minutieuse ne montre aucune autre localisation hépatique.

Dans ces conditions, après avoir mis un drain dans la plèvre, on ferme l'abdomen sans drainage.

Histologie : pas d'amibes.

Guérison : 7 jours.

OBSERVATION N° 3

Mr. A..., 24 ans, entre dans le Service, adressé par le Dr.CAROLI, pour des douleurs de l'hypochondre droit apparues en Novembre 1964, accompagnées de fièvre.

Dans ses antécédents, on note un séjour de 15 mois en Algérie.

A l'examen : douleur en bretelle + hépatomégalie, la vitesse de sédimentation est élevée.

La Gammagraphie montre une lacune antéro-inférieure, volumineuse, à contours irréguliers.

Pas d'altération des fonctions hépatiques.

Intervention le 26.2.1965

On fait une incision abdominale oblique vers le 9ème espace. La paroi est peu oedématiée, témoin de l'infection sous-jacente. La face antérieure du foie est fusionnée à la paroi au niveau de son lobe droit. Il y a un abcès extériorisé entre le foie et la paroi. On pourrait à la rigueur se contenter de drainer, mais il parait nécessaire d'explorer le foie et notamment la coupole. On prolonge l'incision dans l'espace inter-costal et on ouvre le thorax. Le diaphragme est fusionné au foie, mais on parvient

à le libérer, mettant ainsi en évidence l'abcès qui est gros comme une mandarine. Le pus est chocolat, on en prélève pour l'examen. Pas d'amibes.

L'évacuation étant complète, il est facile de libérer entièrement le foie de ses adhérences inflammatoires. Il n'est pas augmenté de volume, ni à droite, ni à gauche.

L'adhérence maxima se trouvait à droite du ligament sus-penseur. Il y a une zone scléreuse large comme une pièce de cinq francs, qui est une cicatrisation de l'abcès.

On enlève au bistouri électrique une petite partie du parenchyme à ce niveau qui est constitué d'un tissu scléreux ne saignant pas. La palpation du foie entre les doigts, c'est-à-dire dans toute l'épaisseur du lobe droit, ne montre pas d'abcès profond. Ayant acquis cette certitude, on fait une toilette de la région, on reconstitue le diaphragme au catgut; on place un drain N° 8 entre le foie et la paroi. Suture des cartilages au catgut. On ferme le thorax sur un drain de Pezzer, et l'abdomen au catgut. Le drain sort par une contre-incision du flanc droit.

Ablation du drain abdominal le 3.3.65.

Sortie 7 jours après l'intervention : guérison.

OBSERVATION N° 4

Mr. R..., 48 ans arrive dans le service, envoyé par le Dr. CAROLI pour :

un ictère franc, accompagné de douleur de l'hypochondre droit et de fièvre à 39°.

A l'examen, il existe :

- une douleur de l'hypochondre droit irradiant l'épaule.
- une hépatomégalie.
- les selles sont normales, les urines claires ne contiennent pas de pigments biliaires.
- G.B. : 10.800; Polys. : 76 %.

La radiographie standard est normale.

L'artériographie sélective de l'artère hépatique ne montre rien.

La ponction ramène un pus stérile à la culture et à l'examen direct.

Diagnostic pré-opératoire : abcès amibien du foie.

Intervention le 24.6.64.

- on commence par faire une incision oblique de l'hypochondre droit dans le prolongement du 8ème espace. Le dôme hépatique est adhérent au diaphragme, adhérence lâche, et le foie bombe, donnant l'impression de fluctuation dans la partie tout à fait postérieure, supérieure et droite.

On transforme l'incision abdominale en incision thoraco-abdominale. Le diaphragme est incisé, l'écarteur de Finochetto est mis en place,

donnant un large accès sur le dôme hépatique.

En amorçant le décollement hépatico-diaphragmatique, on trouve une volumineuse poche d'abcès contenant du pus bilieux, bien lié, en quantité importante (près d'un litre).

Cette cavité est en plein dans le foie droit. Elle est limitée en haut par une mince pellicule de parenchyme que l'on peut réséquer au bistouri électrique, mettant la cavité complètement à plat. Dans la poche, on voit deux piliers tendus transversalement qui sont certainement des vaisseaux thrombosés, on les enlève après ligature. Le fond de la poche est tout à fait lisse et propre. La mise à plat étant tout à fait satisfaisante, le diaphragme est reconstitué, le thorax est fermé sur une sonde de Pezzer d'aspiration.

On place un drain entre le foie et le diaphragme au niveau de l'abcès et on ferme la paroi abdominale plan par plan.

Ablation du drain le 4ème jour.

Guérison : 7 jours.

OBSERVATION N° 5

Mr. O.., 37 ans, Algérien, adressé par le Dr. CAROLI, ayant quitté l'Algérie depuis 1953, arrive dans le service pour :

Des douleurs abdominales ayant débuté brutalement le 9.12.63, accompagnées de frissons, de fièvre, puis se localisant à l'hypochondre droit.

A l'examen, il existe une hépatomégalie douloureuse, avec point douloureux précis, et une douleur à l'ébranlement provoqué.

L'hyperleucocytose est de 17.000 G.B. avec 79 % de polys, pas d'éosinophilie. Bilirubine : 14 mg.

La radio montre une surélévation de la coupole diaphragmatique.

La ponction ramène du pus amicrobien.

Intervention le 24.12.1963

- Incision oblique de l'hypochondre droit dans le prolongement du 8ème espace. Le foie est adhérent à la paroi, aussi bien au niveau du lobe gauche que du lobe droit, mais ce sont des adhérences lâches, qui sont facilement rompues.

Toute la partie abdominale du foie semble normale, toutefois la palpation révèle une zone dure, nettement différente du reste du parenchyme, au sommet, au niveau de la coupole diaphragmatique.

La vésicule est normale, l'estomac également, la rate n'est pas augmentée de volume.

On agrandit l'incision vers le 8ème espace et on sectionne les cartilages costaux. On incise le diaphragme et on place l'écarteur de Finochetto. La coupole hépatique apparait et on voit bien la voussure dans laquelle la ponction ramène du pus. Incision du foie au bistouri électrique, et à environ deux centimètres de profondeur, on tombe dans une cavité grosse comme une orange qui contient du pus crémeux, verdâtre et bien lié. On en prélève pour l'examen.

La cavité entièrement vidée à l'aspiration, a ses parois tout à fait lisses et nettes, sans nécrose hépatique.

On place une petite sonde de Pezzer dans la cavité et on suture la brèche hépatique par trois points de catgut chromé.

Suture du diaphragme. Fermeture du thorax sur une grosse sonde de Pezzer pour aspiration, fermeture de l'incision abdominale en trois plans au catgut.

Ablation du drain le 28.12.63.

Sortie le 9.1.64. Guérison.

OBSERVATION N° 6

Mr. A..., 54 ans, entre, envoyé par le Dr. VIGUIE, douleur de l'hypochondre droit.

Début des troubles en Septembre 1964 par une fièvre à 39°, une douleur épigastrique brutale.

Séjour en Indochine il y a 30 ans, et au Sahara récemment.

Amibiase connue, mais en apparence guérie.

G.B. : 16.000, 93 % de polys.

Gammagraphie : lacune supérieure médiane.

Laparoscopie périhépatite.

Cholécystographie normale.

Complet hépatique normal. Pas d'amibes dans les selles.

Diagnostic : abcès amibien du foie.

Intervention le 17.11.1964.

- Incision thoraco-abdominale

1/ au sommet et en avant, tout contre le ligament falciforme, il existe une adhérence au diaphragme, il s'agit manifestement d'un abcès. La simple exploration de la lésion fait sourdre un pus crémeux, bien lié, - L'abcès a la taille d'un abricot.

Ablation du couvercle, évacuation. La paroi est lisse bien enkystée.

2/ A la partie droite du bord libre, il existe un abcès faisant saillie. La tuméfaction blanchâtre, enchassée dans le bord libre est grosse comme un abricot. Mise à plat.

Drain sous-diaphragmatique.

Pus amicrobien.

Guérison : 11 jours.

OBSERVATION N° 7

Mr. L..., 26 ans, est envoyé dans le service par le Dr. CAROLI, pour hépatomégalie.

Antécédents : séjour aux Indes, en Afrique du Sud, Afrique du Nord, à Madagascar.

Pas d'amibiase connue.

En Avril 1963, début des troubles par une douleur de l'hypochondre droit d'intensité croissante, suivie d'une augmentation de volume de l'abdomen, de fièvre et d'un amaigrissement de 12 kgs.

A l'examen, il existe une énorme hépatomégalie douloureuse

G.B. : 5.000; 66 % de polys.; V.S. 40 mm/S à la 1ère heure.

Examen de selles, pas d'amibes.

Gammagraphie : image de lacune.

Le 7.7.63 mise au traitement (dihydroémétine) : diminution de volume du foie et disparition de la fièvre; mais la V.S. reste élevée.

Diagnostic : abcès amibien ou hépatome.

Intervention le 12.7.63.

L'hypochondre droit est soulevé par les dimensions considérables de la tumeur.

On fait une incision oblique dans le prolongement du 8ème espace.

Le foie est adhérent à la paroi par la partie droite de l'incision.

A la partie gauche, on fait une petite ouverture péritonéale qui permet de voir une languette du lobe gauche d'aspect normal.

On referme l'ouverture péritonéale et on ponctionne le foie dans la partie adhérente.

On retire du pus bien lié, verdâtre, que l'on prélève et envoie au laboratoire. Puis prenant le trocart, on évacue à l'aspirateur un abcès contenant près de 6 litres de pus, non chocolat.

L'état du malade est immédiatement amélioré et notamment, sa respiration plus aisée.

On retire le trocart, on ouvre plus largement et on place un très gros drain de Pezzer.

Examen du pus : stérile.

"Abcèsgraphie" le 3 Août : pas de fistule biliaire.

Nouvelle "abcèsgraphie" le 10 Août, large communication biliaire.

Ablation du drain et guérison.

OBSERVATION N° 8

Mr. P..., 33 ans, adressé par le Dr. CAROLI, est opéré en urgence à Versailles, en Janvier 1963, pour une crise douloureuse épigastrique brutale imposant la laparotomie qui montre un aspect d'hépatite aigue. L'intervention se borne à ce moment-là, à la laparotomie exploratrice.

Un mois plus tard, il est passé dans le service du Pr. CAROLI, où la laparoscopie retrouve une lame d'ascite et une importante capsulite recouvrant le foie.

L'hyperleucocytose est de 15.000 G.B. et la V.S. très accélérée à plus de 100 à la 1ère heure.

La Gammagraphie révèle une importante lacune pathologique siègeant au milieu du parenchyme fonctionnel.

Le malade, est mis à l'émétine deux jours avant l'intervention, sans preuve formelle d'amibiase.

Diagnostic : kyste hématique du foie, car le malade signale de vagues antécédents de traumatisme abdominal, quelques mois auparavant.

Diagnostic per-opératoire : Enorme abcès nécrotique de tout le lobe droit du foie.

Intervention le 18.4.1963.

- On passe d'abord par la même incision médiane sus-ombilicale. La face inférieure du lobe gauche du foie apparait. Elle est d'aspect normal, mais très augmenté de volume. Juste à gauche de la veine ombilicale, il y a quelques adhérences et une petite zone

dépolie; on pense que c'est le siège du prélèvement qui avait été fait lors de la 1ère intervention et dont on n'a pas l'histologie.

On passe à droite de la veine ombilicale, mais le foie est adhérent au thorax et à la coupole diaphragmatique par des formations assez faciles à rompre et sans hémorragie notable.

On peut alors passer la main autour du foie et constater que le lobe droit est également augmenté de volume. Bien qu'il soit d'apparence normale, à la partie supérieure et externe, la consistance est assez molle et on a une impression de fluctuation. Le bord inférieur du lobe droit descend très bas, il parait normal. La vésicule est saine et pas du tout tendue. Le pédicule hépatique semble normal.

On branche une incision dans le 8ème espace et on ouvre le thorax. On incise le diaphragme et met en place l'écarteur de Finochetto. On a alors une exposition excellente du foie. Cependant, malgré la hauteur de l'ouverture, il est impossible d'extérioriser l'organe à cause de son volume.

On ponctionne dans la zone fluctuante et retire un liquide puriforme, chocolat. On remplace la seringue par un gros trocart et on évacue environ deux litres de liquide chocolat. L'abcès occupe les 3/4 supérieurs du lobe droit. Il est complètement affaissé et comme sa paroi est mince, on l'incise largement et on évacue une quantité considérable de caillots anciens et un magma noirâtre qui est sans doute du parenchyme hépatique nécrosé. La cavité est ainsi complètement évacuée. On peut racler à l'aide d'une curette,

toute la paroi externe, mais la paroi interne qui est saigneuse n'est raclée qu'avec beaucoup de prudence car on craint d'ouvrir un gros vaisseau sanguin ou biliaire. Or, à aucun moment on ne voit apparaître de la bile ou du sang.
On prélève un fragment du couvercle de la poche et place une sonde de Pezzer de moyen calibre dans la cavité bien affaissée, on suture l'incision par un surjet de catgut chromé 00.
On pratique une cholangiographie à travers la vésicule biliaire. On obtient une parfaite injection des voies biliaires intra-hépatiques et également extra-hépatiques, avec une image normale, sans déformation et un très bon passage duodénal.
On fait une petite biopsie du lobe gauche, puis, vérifiant l'hémostase, on suture le diaphragme. On ferme le thorax sur une grosse sonde de Pezzer, puis on ferme la paroi en faisant ressortir un drain sous-hépatique par une contre-incision.

La paroi est suturée au catgut pour la partie thoracique et au nylon pour la partie abdominale. Les lésions constatées font penser avant toute chose à un abcès amibien avec hémorragie ancienne dont le passage dans les voies biliaires a été sans doute à l'origine de la crise du mois de Janvier.

Suites opératoires : La V.S. reste très accélérée (92 à la 1ère heure) - 3 semaines après, ablation du drain, "sans abcèsgraphie". Un mois et demi plus tard, abcès sous phrénique, qui doit être drainé.
Sorti guéri quinze jours plus tard.

OBSERVATION N° 9.

Mr. L..., Indochinois est envoyé d'urgence d'Abidjan, adressé par le Pr. LEMAIRE, pour température à 40°, énorme hépatomégalie, atteinte importante de l'état général.

Le début a été brutal, le 19.4.66 par une fièvre à 40°, une douleur de l'hypochondre droit en bretelle, un sub-ictère conjonctival.

A l'examen, il existe une douleur à l'ébranlement provoqué du foie.

La Scintigraphie hépatique montre une lacune postéro-supérieure du lobe droit.

La ponction ramène un pus chocolat, stérile à la culture et à l'examen direct.

Malgré l'émétine, la température reste élevée.

Diagnostic : Abcès amibien du foie.

Intervention le 3.5.1966.

- On fait une incision thoraco-abdominale dans le 8ème espace, et avant d'ouvrir la partie thoracique, on explore le foie qui est volumineux, lisse, d'aspect normal.

La lésion est bien à l'endroit où la gammagraphie l'avait montrée, c'est-à-dire à la partie postéro-supérieure et externe du lobe droit.

Il n'y a pas d'autre localisation visible. La vésicule est très oedématiée.

On agrandit donc l'incision en ouvrant le thorax et en incisant le diaphragme. On constate que non seulement le foie est adhérent, au diaphragme, mais également la pyramide basale qui est absolument atélectasiée. Il existe une certaine quantité de liquide pleural avec de la fibrine. On sépare facilement le poumon du diaphragme et l'anesthésiste peut le réexpanser très facilement. Après s'être protégé, avoir mis en place l'écarteur, on regarde la lésion qui se présente sous la forme d'une zone blanchâtre, sur laquelle pointe un certain nombre de bourbillons qui ressemblent à un anthrax. Toutefois l'abcès n'est pas ouvert.
On décolle légèrement les adhérences hépato-diaphragmatiques, et l'abcès s'ouvre car il était en imminence de rupture. Il s'échappe une quantité importante de liquide purulent, assez clair, qu'on aspire au suceur; puis on pénètre dans la cavité hépatique qui est de l'importance d'une grosse noix de coco, dans laquelle on trouve des débris nécrosés hépatiques avec des points ramollis, qui ont constitué déjà la partie purulente. Le contenu n'est pas chocolat. On excise toute la partie supérieure formant le couvercle de la lésion et on déterge la plus grande partie de nécrose hépatique sans toutefois racler de trop près les parois pour éviter une hémorragie. Les parois internes étant détergées, on reconstitue le diaphragme, puis on place un drain dans la cavité, en choisissant un drain très souple pour éviter l'ulcération au catgut, en suturant les cartilages également à l'aide de catgut chromé.
Les drains sortent par des contre-incisions. Nylons sur la peau.

Suites opératoires. La V.S. reste très accélérée à 92 à la 1ère heure. Le 23.5.66, fistulographie : pas de communication avec les voies biliaires. 3 semaines après guérison apparente, ablation du drain.

Le 29.6.66, abcès inter hépato diaphragmatique.

On réouvre la partie abdominale de l'incision thoraco-abdominale. Le foie est redevenu tout à fait normal dans sa consistance et dans ses dimensions. On passe la main sur le sommet hépatique et on constate que la zone abcédée est complètement adhérente au diaphragme.
On la décolle facilement et on tombe dans une cavité de très petite dimension. Elle contient du pus hémorragique, qui s'est fistulisé à travers le diaphragme dans une bronche.
Après avoir mis à plat cette cavité, on met une grosse sonde de Pezzer dont on a coupé le bout et on la fait sortir par l'orifice de drainage.
On ferme la paroi en un plan à l'aide de gros nylons.

Ablation du drain : 13 jours : guérison.

OBSERVATION N° 10

Mr. H..., 41 ans, Iranien, adressé par le Dr. CAROLI, se plaint subitement, en Février 1966, d'un point de côté thoracique, sans irradiation et d'une fièvre à 39°.
En Mars 1966, la douleur et la fièvre à 39° réapparaissent, néces-

sitant son hospitalisation à Téhéran où il est traité par le chloramphénicol pendant 12 jours, sans résultat.

Les examens pratiqués à ce moment-là montrent :

G.B. : 10.400; polys : 72 %; V.S. 108-122.

La radiographie standard donne une image de surélévation de la coupole diaphragmatique.

La ponction ramène du pus, stérile à la culture et à l'examen direct.

Il est alors mis à un traitement médical anti-amibien associé à des ponctions évacuatrices répétées.

A son arrivée dans le service on retrouve :

une douleur spontanée de l'hypochondre droit

l'absence d'hépatosplénomégalie

une douleur à l'ébranlement provoquée du foie

l'hémicoupole droite est immobile et surélevée, pas de calcifications intra-hépatiques.

La gammagraphie montre une grosse lacune supéro-externe du dôme hépatique.

<u>Intervention le 7.7.1966.</u>

Il s'agit d'un abcès du foie qu'on a tenté de guérir par ponctions successives.

On fait d'abord une incision abdominale oblique dans le prolongement du 8ème espace.

Celle-ci permet de constater que le foie est d'aspect normal, mais la main passée à la partie supérieure vérifie l'adhérence du sommet

du foie à la coupole diaphragmatique. La lésion est tellement haute et profonde, qu'il est indispensable de transformer l'incision en thoraco-abdominale. Mais la plèvre est totalement adhérente et l'incision intercostale ne pénètre pas dans la plèvre. Après avoir sectionné les cartilages et le diaphragme, on place l'écarteur de Finochetto.

Libération du foie adhérent au diaphragme, on tombe sur une lésion plus grosse que le poing, qui est remplie de pus bien lié qu'on prélève pour examen.

On achève le décollement et on constate que le diaphragme est extrêmement infiltré, et qu'il ne fait pas de doute que l'abcès était en voie d'émigration thoracique.

La cavité de l'abcès est limitée à sa superficie par un véritable couvercle de tissu fibreux qui n'a plus rien d'hépatique. Aussi au bistouri électrique, on enlève tout le couvercle transformant l'abcès en une véritable cupule.

On peut ainsi voir que les parois de l'abcès ne sont pas du tout nettes.

Il y a une couche épaisse de tissu nécrosé, et dans la poche elle-même, il y a des fragments de nécrose, montrant que l'abcès n'a pas complètement fini son évolution. La lésion étant mise à plat comme on se trouve en dedans assez près de la veine cave supérieure, on s'en tient là.

On place une grosse sonde de Pezzer dont on a coupé le bout, dans la cavité et on met une mèche pour étancher le suintement sanguin, qui est assez important. On fait sortir le drain et la mèche par

une contre-incision de l'hypochondre droit.

Il n'est pas nécessaire de mettre une sonde thoracique puisque la plèvre n'est pas ouverte.

Suites opératoires : réduction du volume de la poche suivie par "abcèsgraphie", mais pas de disparition complète, pas de communication avec les voies biliaires, persistance d'une gêne dans l'hypochondre droit.

Ablation du drain plus de 2 mois après l'intervention.

Histologie : on a observé une figure volumineuse à plusieurs noyaux qui pouvaient correspondre à une forme végétative d'amibe. On ne peut toutefois exclure qu'il s'agisse simplement d'un hépatocyte à plusieurs noyaux très nécrotiques.

OBSERVATION N° 11

Mr. M..., 35 ans né en Indochine, est adressé dans le service par le Dr. CAROLI.

Antécédents : séjour à Madagascar il y a une dizaine d'années.

Pas de notion d'amibiase connue.

Clinique : douleurs épigastriques en Octobre 1966.

Fièvre.

Amaigrissement de 5 kgs en 3 mois.

Traitement : Incision thoraco-abdominale.

Abcès de la taille d'un petit melon, siègeant dans la partie supéro-externe du lobe droit du foie.

Abcès profond avec orifice biliaire visible.

Pus non chocolat + nécrose hépatique.

Drainage par sonde de Pezzer, car trop profond pour mise à plat.

Suites :

"L'Abcèsgraphie" montre l'injection des voies biliaires, mais pas de choléragie.

Le drain ne donne plus rien; malgré la persistance de la cavité, on l'enlève à cause de la communication.

Guérison en 15 jours.

Amibes dans le pus.

Pas d'amibes à l'examen histologique, des débris nécrotiques.

R E S U M E

Observations N° 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 : mise à plat, pas de drainage, ou simplement drain au contact de la cavité; suites opératoires excellentes.

Observation N° 7 : grosse cavité : sonde de Pezzer intra cavitaire. "L'abcèsgraphie" montrant une large communication biliaire, ablation du drain et guérison.

Observation N° 8 : Sonde de Pezzer; ablation du drain sans "Abcèsgraphie" au bout de trois semaines : abcès sous-phrénique un mois et demi après.

Observation N° 9 : drainage intra-cavitaire; "l'Abcèsgraphie" ne montre pas de fistule biliaire; on enlève drain 3 semaines après. Abcès résiduel, qu'il faut redrainer un mois et demi après.

Observation N° 10 : drainage intra-cavitaire; "l'Abcèsgraphie" ne montre pas de communication biliaire, le drainage est laissé deux mois après l'intervention. Disparition de la poche au bout de trois mois.

Observation N° 11 : "L'Abcèsgraphie" montre l'injection de la voie biliaire. Ablation du drain et guérison en 15 jours.

E T U D E   D E   N O S   O B S E R V A T I O N S

-:-

A) Origine

1 - Age

Dans nos 11 observations, les âges s'échelonnent entre 24 et 54 ans, et tous nos malades étaient des hommes.

2 - Antécédents

a) colitiques :

- 10 de nos malades sur 11 ont fait un séjour plus ou moins prolongé ou étaient originaires de pays où l'amibiase sévit à l'état endémique.

Ainsi, il est beaucoup plus rare de trouver un abcès amibien du foie chez un sujet ayant toujours vécu en France métropolitaine.

- 2 fois sur 11, il existait des antécédents d'amibiase intestinale.

b) habitude :

Nous n'avons jamais trouvé chez nos malades contrairement à ce qui a été dit dans la littérature, de tares hépatiques, en particulier alcoolisme ou notion de paludisme.

B) Clinique

a) la douleur :

- Dans 10 cas sur 11, la douleur était le motif essentiel de l'hospitalisation.

Elle siègeait dans l'hypochondre et le flanc droits.
Parfois elle débutait dans l'épigastre pour se fixer après plus latéralement.
Une fois, elle s'est installée à l'occasion d'un drame abdominale aigu important l'intervention d'urgence.
Enfin, très souvent la douleur "en bretelle trop serrée" était mentionnée.

b) la fièvre :

Elle a toujours été constatée, et était d'importance variable.

c) l'hépatomégalie :

Son importance est variable le plus souvent elle était nettement palpable. Dans tous les cas, nous avons retrouvé son caractère majeur, elle était douloureuse.

d) Quant aux autres signes associés :

Nous avons noté un ictère franc chez deux de nos malades.
L'élévation de la bilirubinémie était modérée; la recherche de sels et de pigments biliaires a montré qu'il s'agissait d'un ictère pigmentaire et dissocié.

C) Renseignements fournis par les examens spéciaux :

a) pour le diagnostic :

- les examens de laboratoire

Obs.	1	10.000 G.B.	polys.	81 %
Obs.	4	10.800 -	-	76 %
Obs.	5	17.000 -	-	79 %
Obs.	6	16.000 -	-	93 %

Obs. 7	5.000 G.B.	polys.	66 %
Obs. 8	15.000 -	-	
Obs. 10	10.400 -	-	72 %

- Les examens coprologiques (la recherche d'amibes dans les selles) se sont toujours révélés négatifs. Nous verrons ce qu'il faut en penser au chapitre anatomo-pathologique. D'ailleurs on se souviendra que le diagnostic d'amibiase pose au parasitologiste des problèmes souvent difficiles, et nécessite une grande rigueur de technique.

- Quant à la vitesse de sédimentation, chaque fois que nous l'avons pratiquée, elle était toujours élevée. Les chiffres oscillaient entre 40 mm et 108 mm à la première heure.
Les observations N° 8 et N° 10 confirment la relation entre la persistance d'une vitesse de sédimentation accélérée, alors qu'il y a une atténuation des autres signes, et l'échec du traitement médical.

- Les signes radiologiques, nous ont rarement servi pour le diagnostic d'abcès amibien du foie. Le plus souvent la radiographie montrait une coupole diaphragmatique normale, et l'absence de signes pleuraux.

b) Pour la localisation :

- la ponction.

Nous n'avons jamais en à pratiquer nous-même de ponction.
Tous nos malades nous étaient passés de services de médecine,

alors qu'ils avaient été ponctionnés une ou plusieurs fois (Observations N° 10 et 11). Nous pensons d'ailleurs qu'au stade "chirurgical" où nous les avons vus, le problème essentiel devant une hépatomégalie douloureuse et fébrile, est d'éliminer un cancer du foie et de poser l'indication opératoire de drainage.

- Quant à la splénoportographie, nous l'avons jamais utilisée, d'abord parce que ces renseignements sont souvent imprécis, d'autre part elle est dangereuse dans ce cas.

- Par contre, nous avons utilisé le plus souvent possible les renseignements précieux fournis par la gammagraphie hépatique, comme l'a montré CAROLI. Bien sûr elle n'est pas pathognomonique d'abcès du foie, cependant, l'association d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile et d'une image de lacune fournie par la gammagraphie est hautement évocatrice d'un abcès amibien; et cette méthode a un peu éclipsé pour nous tous les autres procédés de localisation.

- L'artériographie hépatique a été utilisée une seule fois; ses résultats se sont révélés absolument négatifs; nous pensons que cette méthode d'application délicate comporte peu d'indications.

En résumé, avec le Pr. Agr. DEMIRLEAU, nous pensons que dès que la clinique permet d'évoquer le diagnostic d'abcès amibien du foie, une seule épreuve compte : LA GAMMA-GRAPHIE.

-:-:-:-

ANATOMIE PATHOLOGIE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A) Nombre d'abcès :

Nos observations confirment ce qui est bien connu, à savoir, que presque toujours l'abcès est unique.

10 fois sur 11, en effet, il en était ainsi.

B) Siège :

11 fois sur 11, l'abcès siègeait dans le lobe droit du foie.

C) Contenu :

Le plus souvent, l'aspect du pus était tout à fait banal, bien lié, verdâtre, rarement "chocolat".

Lorsqu'il était foncé, il était surtout fait de débris nécrotiques.

- Une seule fois sur 11 cas, nous avons constaté, la présence de l'amibe dans le pus et non pas à l'examen histologique des débris prélevés. Une autre fois, nous avons observé "une figure volumineuse à plusieurs noyaux qui pouvaient correpondre à une forme végétative d'amibe".

- Par contre, dans tous les cas, l'examen du pus était exempt de tout germe.

D) Paroi de l'abcès :

Nous confirmons tout à fait qu'il existe en fait deux types d'abcès dont la distinction est capitale pour l'attitude thérapeutique : l'abcès enkysté, ancien, et souvent réveillé, dont

la paroi est bien nette, formant une coque épaisse, bien distincte du parenchyme hépatique; et l'abcès ulcératif ou abcès aigu, dont les limites sont imprécises, et comportant un processus de nécrose hépatique, qui mettra longtemps à s'éliminer.

- Quant à la distinction entre abcès profond et abcès superficiel, elle semble beaucoup trop rigide. Avec le Pr. Agr. DEMIRLEAU nous pensons que quelque soit son siège, en dehors des cas où la localisation de l'abcès contre-indique la ponction, on peut guérir un abcès amibien du foie par ponction, tout dépend s'il existe ou non une fistule biliaire. Si, après des ponctions répétées, "l'abcès-graphie" ne révèle pas de fistule biliaire, il faut ouvrir chirurgicalement, même si les phénomènes infectieux ont disparu. L'observation N° 10 en est un exemple typique.

Dans les cas aigus, si au bout de trois ou quatre jours, les phénomènes aigus, résistent au traitement émitinien, il faut opérer d'urgence (voir Observation N° 8).

-:-:-:-

C O N D U I T E   T H E R A P E U T I Q U E

-:-

I - LA DATE DE L'INTERVENTION

Avec le Pr. Agr. DEMIRLEAU, nous pensons qu'il n'y a pas de date précise d'intervention; celle-ci, est fonction de la décision opératoire. En effet : tout abcès peut guérir par ponction, tout dépend s'il existe ou non une communication biliaire. Si après "abcèsgraphie", il n'existe pas de communication, il faut drainer chirurgicalement cet abcès, même si les phénomènes infectieux ont disparu. Cette attitude se conçoit en cas d'abcès enkysté ancien et réveillé. Dans les formes aiguës comme le montre notre Observation N° 8, si au bout de trois ou quatre jours, d'un traitement émétinien associé ou non aux ponctions, les phénomènes aigus persistent, il faut opérer d'urgence et ceci d'autant plus que les malades, sont en mauvais état général.

-:-:-:-

T R A I T E M E N T

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1) Voie d'abord :

- Notre Maître, le Pr. Agr. DEMIRLEAU est formel : la voie d'abord thoraco-abdominale est indispensable. Elle est d'abord purement abdominale, oblique dans le prolongement du 8ème espace intercostal, pour vérifier le diagnostic et ensuite, elle comporte une large thoracotomie pour traiter convenablement la lésion et explorer toute la glande hépatique.

2) Acte opératoire :

- Après protection de la plaie opératoire, l'exploration proprement dite commence. Elle est faite méthodiquement, la face convexe du foie, le lobe droit, le lobe gauche, puis la face inférieure de chacun des deux lobes, sont palpées avec soin à la recherche d'abcès multiples.
- Le cheminement de la main sur la face convexe, est souvent gêné par des adhérences au diaphragme, tantôt ténues, tantôt résistantes; elles sont effondrées avec douceur.
- La présence de l'abcès est marquée par un ou plusieurs des signes suivants :
    - adhérences interhépato-diaphragmatiques.
    - sensation de dépoli de la capsule de Glisson facilement perceptible à travers un gant fin, et qui se retrouve même dans les abcès relativement profonds ne provoquant aucune déformation de la courbure hépatique.

- modifications de la convexité hépatique, avec accentuation de la courbure et perception d'un abcès véritable, parfois fluctuant.

- Un doute subsiste souvent lorsque les signes palpatoires sont discrets. C'est alors la ponction en zone suspecte qui découvre le pus. Cette ponction est pratiquée avec un gros trocart, branchée sur une aspiration. On perçoit parfois la pénétration dans une zone de moindre résistance qu'est le pus, et plus souvent l'effraction d'une coque fibreuse plus ou moins épaisse délimitant l'abcès, véritable signe de la "peau de tambour".
- A l'issue de ces manoeuvres, l'abcès ou les abcès sont découverts. Il s'agit maintenant de les drainer. Leur ouverture se fait sur le chemin de l'aiguille, au bistouri électrique, en réséquant largement le couvercle de l'abcès. Cette ouverture doit être large, admettant au moins deux doigts si l'abcès est profond. Cette ouverture est rarement hémorragique.
- Dans les énormes abcès où la nécrose est plus importante que la liquéfaction il a fallu l'évacuer à la main, et si on prend une grande curette, il faut qu'elle soit mousse.

3) <u>Le drainage</u>

- Il dépend essentiellement du type de l'abcès enkysté ou diffus.
- Dans le premier cas, c'est-à-dire, dans les abcès enkystés, la mise à plat est facile à réaliser; les parois bien nettoyées; l'on s'en tient là, où parfois un drain est mis simplement au contact de la cavité.

- Dans 6 observations sur 11, nous avons pu ainsi réaliser une bonne mise à plat, (ouverture large du couvercle de l'abcès au bistouri électrique, bon nettoyage de la cavité, paroi propre, abcès superficiel).
  Nous nous sommes contentés d'un drain abdominal, mis au contact de la cavité, ou bien, parfois, nous avons refermé sans drainage (Observations N° 1, 2, 3, 4, 5 et 6).

- Dans ces cas-là, les suites opératoires ont toujours été très simples. La guérison complète a été obtenue entre 7 et 10 jours.

- Nous considérons qu'il ne faut jamais pratiquer la fermeture "per primam" proposée par COSTANTINI, qui consiste, après fermeture à points séparés de la tranche de parenchyme hépatique incisée, à amarrer la plaie hépatique à la paroi de façon à ponctionner éventuellement une cavité résiduelle. Même s'il y a une bonne fistule biliaire, il sera toujours tant d'enlever le drain.

- Dans 5 cas, il s'agissait d'abcès aigus, la mise à plat était impossible ou insatisfaisante, ou bien encore l'abcès était profondément situé; le drainage est absolument nécessaire.

- L'évolution de la cavité résiduelle suivie par"abcès-graphie" au diodone a été beaucoup moins simple :
  - deux fois, trois semaines après le drainage, "l'abcèsgraphie" a montré une large communication biliaire. L'ablation du drain a été suivie d'une guérison rapide (Observations N° 7 et N° 11).

- trois fois, les suites opératoires ont été troublées par :
  - un abcès résiduel, un mois et demi après l'ablation du drain, alors que "l'abcèsgraphie" n'avait pas montré de fistule biliaire (Observation N° 9).
  - un abcès sous phrénique après ablation intempestive du drain "sans abcèsgraphie" (Observation N° 8).
  - une sécrétion purulente, qui a persisté pendant très longtemps.

- Le drainage de la cavité résiduelle domine ainsi, l'évolution post-opératoire des abcès amibiens du foie.

- Il doit être laissé pendant tout le temps nécessaire à la régression et l'élimination de tout le tissu hépatique nécrosé; ce qui à notre avis est souvent très long. Sinon, l'on s'expose aux abcès résiduels, aux surinfections, aux collections suppurées sous diaphragmatiques.

- Seule, "l'abcèsgraphie" répétée peut décider de la suppression du drainage. Tant qu'il persiste une cavité, il faut laisser le drain, à moins que les voies biliaires s'injectent. L'ablation du drain, même précoce, dans ce cas, a été suivie d'une guérison durable.

- C'est l'élément le plus important de notre travail. Avec une bonne voie d'abord, ce n'est rien de mettre à plat un abcès enkysté. Ce n'est rien non plus de voir et de drainer un abcès profond. C'est capital de savoir quand il faut retirer le drain, et seule "l'abcèsgraphie" peut en décider.

4) Traitement post-opératoire

- Après l'intervention, il va sans dire, que l'on continue la cure d'Emétine, si celle-ci n'avait pas été épuisée avant l'intervention. L'administration d'antibiotiques est poursuivie pendant un certain temps, en même temps que la cure vitaminique. La reprise alimentaire, richement glucidique, est rapide après l'émission des gaz, qui se produit régulièrement au bout de 24 à 48 heures.

-:-:-:-

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1° - Nous présentons onze observations d'abcès amibiens du foie opérés à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr. LEIBOVICI, par le Pr. Ag. DEMIRLEAU.

2° - Ces onze observations intéressent des hommes adultes, de 24 à 54 ans, ayant tous un passé hors de la France métropolitaine, qu'ils soient originaires de pays d'endémie amibienne ou qu'ils y aient fait un séjour plus ou moins prolongé.

3° - Les antécédents de dysenterie amibienne ont été retrouvés très rarement, comme le confirment presque toutes les publications de la littérature.

4° - Dans tous les cas, l'association - fièvre, douleur de l'hypochondre droit et hépatomégalie plus ou moins marquée - était notée et constituait le motif essentiel de l'hospitalisation. Elle s'accompagnait d'une hyperleucocytose variable et d'une accélération franche de la vitesse de sédimentation, dont on sait depuis BLANC, l'importance diagnostique et la valeur pour suivre l'évolution.

5° - La Gammagraphie hépatique a été pratiquée le plus souvent possible et constitue, pour nous, un des meilleurs procédés pour arriver au diagnostic de localisation de l'abcès. L'opacification per-opératoire des voies biliaires, à la recherche d'une communication avec les voies biliaires, n'a pas d'intérêt.

6° - La présence d'amibes a été constatée une seule fois, dans le pus lui-même, et jamais à l'examen histologique des débris nécrotiques et de la coque de l'abcès.

7° - Sans méconnaître certains bons résultats obtenus par des procédés autres que l'intervention chirurgicale, celle-ci garde ses indications majeures dans les abcès profondément situés, et d'une façon générale dans toutes les localisations contre-indiquant la ponction; dans les abcès superficiels aigus qui ne rétrocèdent pas très rapidement à la ponction, sous contrôle de l'"abcèsgraphie"; celle-ci pouvant révéler une communication large avec les voies biliaires d'incidence pronostique favorable; dans les abcès enkystés avec une coque épaisse dont seul le drainage chirurgical permet l'évacuation.

8° - L'intervention doit comporter une voie d'abord large par une incision thoraco-abdominale. Cette incision est dans un premier temps purement abdominale oblique pour vérifier le diagnostic, puis prolongée dans le 8ème espace intercostal. Elle seule permet le bilan exact des lésions, la mise à plat de l'abcès chaque fois que possible, après excision du couvercle au bistouri électrique et nettoyage de la cavité.

9° - Lorsque la mise à plat s'avère impossible ou pas satisfaisante, - cette éventualité se rencontre essentiellement dans les abcès aigus et diffus - le drainage de la cavité est absolument nécessaire. Il doit être laissé en place jusqu'à l'effacement complet de la cavité, à moins que "l'abcèsgraphie"

ne révèle, ce qui est fréquent, une fistulisation dans les voies biliaires. Dans ce cas, les phénomènes aigus étant dépassés, on peut supprimer délibérément le drainage.

10° - Tous nos malades ont guéri; la plupart dans un très bref délai, sauf ceux pour lesquels la règle que nous venons d'énoncer n'a pas été observée.

VU, le Président,

M. le Professeur LEGER

VU, le Doyen,

M. le Professeur BROUET

VU, le Recteur,

M. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1 - ANDRE M. -

Les grands abcès du foie en Afrique Centrale
(A propos de 53 abcès opérés au Tchad - 1956-1959).
Bull. Soc. Chir. Paris 51 (3-4) p. 85-98, 1961.

2 - ANDRE M., ROUFFILANGE et ILLES -

Les migrations péritonéales des abcès tropicaux du foie. (A propos de 56 observations).
Mem. Acad. Chir. 7 Nov. 1956; 82, N° 27 et 28; p. 863-867.

3 - BLANC F. -

Sédimentation globulaire et amibiase.
Presse Médicale 18 Mai 1955; 63; N° 36; p. 753-754.

4 - BLANC F. -

Les abcès amibiens du foie.
Rev. du praticien 1er Sept. 1956; 6; N° 22; p. 2399-2407.

5 - BLANC F. et SIGUIER F. -

L'amibiase hépatique.
Expansion scientifique française. Edit. Paris 1950.

6 - BOURGEON R. et PIETRI H. -

Considérations nouvelles sur les abcès du foie. Etude anatomique, diagnostique et orientation thérapeutique.
Ann. Chir. 1955; 31; N° 9; p. 555-562.

7 - BOURGEON R. et PIETRI H.

Les fistulisations biliaires internes et externes dans l'amibiase hépatique suppurée.

Lyon Chirurgical, Août-Sept. 1952; 47; N° 6; p. 729-739.

8 - BOQUIEM Y. et LENNE C. -

La fistulisation des abcès amibiens du foie dans les voies biliaires.

Cah. Rev. Méd. Franc. Avril 1962; 76; p. 281-286.

9 - BOWERS R.F. et BARNES Z.B. Jr. -

Abcès amibien du foie drainé à travers le cholédique. Relation d'un cas.

Ann. Surg. Avril 1960; 151; N° 4; p. 465-468; 3 fig.

10 - CACHIN M. -

Formes anatomo-cliniques des abcédations hépatiques.

Rev. du praticien 1° Sept. 1956; 6; N° 22; p. 2384-2397.

11 - CAMENA D'ALMEIDA -

Le drainage des abcès du foie. Radiographie; considérations médicales sur la perméabilité des voies biliaires.

Acta gastro-entérol. belg. Fév. 1948; 11; N° 2; p.105-110.

12 - CAROLI J. et PLATTERBORSE R. -

Abcès amibien du lobe gauche apparemment guéri par l'émétine. Intérêt de la gammagraphie, de la laparophotographie en couleurs.

Rev. Méd. Chir. Mal. du foie, Déc. 1957; 32; p. 19-30.

13 - CERECIDO CORTINA V. -

Amebic hepatic abscess. Clinical aspects in 190 patients.

Rev. Méd. Hosp. Génér. (Mexico) July 1963; 26; p.517-523.

14 - CHATAIN Y. et LEGA J. -

A propos du traitement des abcès amibiens du foie.

Mém. Acad. Chir. Fév. 1964; p. 163-169.

15 - CORNET L. -

L'hépatite amibienne abcédée d'emblée. Sa place dans les suppurations hépatiques et dans l'amibiase hépatique en général.

Presse Méd. 10 Avril 1957; 65; N° 29; p. 660-663.

16 - DE BAKEY M.E. et OSCHSNER A. -

Amibiase hépatique. Analyse de 263 cas étudiés en 20 ans.

Surg. Gyn. Obst. Mars 1951; 92; N° 3; p. 209-231.

17 - FARISS B.L. -

Abcès amibien du foie : ponction-biopsie et injection d'air.

Am. J. Gastro-entérol. Déc. 1965; 44; N° 6; p. 559-564.

18 - FAYE C.M. -

Abcès du foie.

Gaz. Hôp. 20 Mai 1963; 135; N° 14; p. 659-661.

19 - FELIX H., MION Ch., WIART J.P. et SEGRESTAAJM. -
Les amibiases hépatiques. A propos de 100 observations.
Sem. Hôp. Paris; 1960; 36; N° 40-41; p. 2229-2236.

20 - FORESTIER M. -
Un cas d'hémobilie après abcès amibien du foie.
Mém. Acad. Chir. 1958; N° 26-27; p. 839-844.

21 - FRAISSE H. et MELEY J. -
Abcès non amibiens du foie. A propos de 2 cas traités chirurgicalement.
Arch. Mal. App. Digest., 1961; 50; p. 237-241.

22 - FUENTES OLANO C. -
Un caso de abceso hepatico amibiano gigante.
Bol. Méd. Hosp. Inf. de Mexico; mayo-juno 1963; 20; N° 3; p. 457-462.

23 - GOIGNARD et PELISSIER -
Cavités suppurées centro-hépatiques.
Mém. Acad. Chir. 1961; 28-29; p. 829.

24 - GRIZAUD H. -
Abcès amibien du foie. Traitement médical ou chirurgical.
Sem. Hôp. Paris; 2-6 Sept. 1952; 28; N° 65-66, pp. 2564-2567.

25 - HUARD P. -
Causes, diagnostic et traitement des abcès amibiens du foie.
Gaz. Méd. France; avril 1951; 58; N° 15; p. 919-921.

26 - HUARD P. et MEYER-MAY -

Un vol. Masson et Cie Edit.

27 - JAMMET H. et GONDORA R. -

Enseignements fournis par la scintillographie dans l'amibiase hépatique.

B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris 1963; 114; N° 5; p. 425-428

6 Fig.

28 - LACAZE H. et MELNOTTE P. -

Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'amibiase hépatique.

Rev. Méd.-chir. mal. du foie; Mai-Juin 1928; 3; p.225-258.

29 - LALUQUE P., FILLAUDEAU G., TCHUENBOU M. et DOOH R. -

Les abcès du foie. A propos de 216 cas opérés en 2 ans.

Méd. Trop. Marseille; Juil.-Août 1965; 25; N° 4; p.477-485.

30 - LEBON J., MESSERSCHMITT J. et MONDZAIN, LEMAIRE M.L. -

Volumineux abcès amibiens du foie traité médicalement : traitement médical, ponctions et injections locales de terramycine et d'émétine.

Algérie méd.; Août 1956; 60; N° 8; p. 663-664.

31 - LEGER L. et BAEZNER Cl. -

Le diagnostic des suppurations hépatiques et intra-hépatiques par la spléno-portographie. (A propos de 5 observations).

Presse Méd. 1957; 65; N° 15; p. 311-313.

32 - MARTIN M., VAILLANT A., AMAEDT J.L., BORDES F.P., MARDON G. et PLASSART H. -

Migration intra-péricardique d'un abcès amibien du lobe gauche du foie.

Presse Méd. 21 Déc. 1963; 71; p. 2649-2650.

33 - MOLINARI M. -

Contribution à l'étude du diagnostic de l'abcès du foie par la scintigraphie hépatique.

Thèse Paris, 1963, N° 220, 47 pages.

34 - MOLINIER, SIMONEL, JAUNEAU et LAFAYE -

Quelques aspects des abcès amibiens observés en France.

B.M. Soc. Méd. Hôp.; 30 Avril 1954; 70; N° 13-14; p. 430-435.

35 - MONNEROT-DUMAINE -

Les abcès amibiens du foie. A propos de 216 cas opérés en 2 ans.

Presse Méd. 19 Fév. 1966; 74; N° 9; p. 477-478.

36 - MORETTI F., STAEFFEN J., BROUSSET A. et FAVAREL-GARRIGUES J. -

Volumineux abcès amibiens du foie. Involution sous 2-déhydro-émétine, radiologiquement suivie par double index aérolipiodolé.

Bordeaux Chir., Juil. 1963, N° 3; 141-142.

37 - PAYET M., SERAFINO X., PENE P., SANKALE M. et MOULANIER M. -

Les abcès collectés du foie en milieu africain, à DAKAR.

Sem. Hôp. Paris in Médecine dans le Monde; Mars 1964; 40; N° 1; p. E.42 -E.48.

38 - RAZEMON P., SALEMBIER Y., RIBET M. et MEIGNIE P. -
L'heure chirurgicale dans le traitement des abcès amibiens du foie.
Arch. Mal. App. Dig.; Sept. 1959; 48; N° 9; p. 983-988.

39 - RICORDEAU P., PEQUIGNOT G., BENACERRAF A. et CAROLI J. -
L'exploration radiologique des abcès du foie sous contrôle endoscopique.
Rev. méd.-chir. Mal. du foie, Fév. 1960; 35; N° 1; p. 13-14.

40 - ROBERT D'ESHOUGUES J. et MINICONI P. -
Amibiase hépatique.
E.M.C. Foie fasc. 7027, A 10, 10 - 1959.

41 - ROMERO CASTILLO F. et Miguel del Castillo MORALES -
Surgery of amebic liver abscess (presentation of 69 cases).
Rev. méd. hosp. génér. (Mexico); Déc. 1964; 27; p. 815-837.

42 - ROUMAGNAC H., FERRAND M., ARDAILLOU R., NAJEAN Y. et GILLE C. -
Etude sur l'amibiase hépatique (à propos de 109 observations).
Sem. Hôp. Paris; 20 Janvier 1958; 34; N° 3; p. 166-174.

43 - SERAFINO X. et MOULANIER M. -
A propos du diagnostic et de la thérapeutique des abcès supposés amibiens du foie.
Mém. Acad. Chir. Paris; 13 Janvier 1965; 91; p. 38-42.

44 - SERAFINO X., PENE P., NOSNY P. et DIOP A. -
Les abcès du foie en pays d'endémie amibienne.
Rev. du praticien, Sept. 1963; N° 24; p. 2923-2939.

45 - SIGUIER F. -
Amibiase hépatique.
Presse Médicale, 11 Août 1965; 64; N° 60; p. 1401-1404.

46 - SWYNGHEDAUW P. et SALEMBIER Y. -
Nouveau cas d'abcès amibien ouvert dans les voies biliaires.
Arch. Mal. App. Dig. Juin 1953; 42; N° 6; 865-866.

47 - SWYNGHEDAUW P., SALEMBIER Y. et LEGRAND -
Abcès amibien du foie communiquant avec les voies biliaires.
Arch. Mal. App. Dig.; Nov. 1951; 40; N° 11; p.1225-1227.

48 - TILLMAN S.P. et GALAMBOS J.T. -
Abcès amibien du foie communiquant avec les canaux biliaires.
Am. J. Dig. Dis.; Sept. 1960; 5; N° 9; p. 807-814; 4 fig.

49 - TURRILL Fl. -
Hepatic amebiasis.
Am. J. Surg. Mars 1966; 111; p. 424-430.

50 - VERDAGUER S., LAGRAVE G., DULIMBERT G. et SARRAMON J.P. -
Réflexions à propos d'un cas récent d'abcès amibien du foie.
J. Méd. Bordeaux; Juin 1966; 143; N° 6; p. 859-864.

51 - VIANA R.L. -

Abcès amibien hépatique drainé dans les voies biliaires.

Gut. Juin 1966; 7; N° 3; p. 285-287.

52 - YOU KIM YEAN -

L'abcès du foie en Indochine du Sud. Etude de 100 cas opérés par une même équipe chirurgicale.

Thèse Paris; 1957; 119 pages.

-:-:-:-:-